LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Hopital de la Charité. M. le Professeur Duplay. Leçon d'ouverture. — **Clinique médicale** : Endocardite maligne dans la chlorose, par le Dr Girode — **Bibliographie** : Maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose et auscultation), par J. Grancher. Leçons cliniques recueillies par le Dr Faisans. — L'enseignement au Collège de Chirurgie, depuis son origine jusqu'à la Révolution française, par le Dr A. Corlieu. — L'impuissance sexuelle chez l'homme et chez la femme, par le Dr W. A. Hammond. — **Revue de la presse** : La lactation pendant la menstruation. — Emploi externe et interne de l'Ichthyol. — **Académie de médecine**, séance du 27 mai 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Prostitution clandestine. — Hygiène des mineurs. — Kyste congénital du cou. — Obsèques de M. Siredey. — De la syncope dans l'anesthésie par le chloroforme. — Dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang. — **Académie des sciences**, séance du 19 mai 1890, présidence de M. Hermite : Sur les caractères cliniques des véritables fièvres à quinquina. Loi et traitement préventif des rechutes dans les fièvres intermittentes alluvioniques. — **Société de chirurgie**, séance du 28 mai 1890, présidence de M. Nicaise : Traitement du cancer du rectum par la voie sacrée. — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 23 mai 1890, présidence de M. Dumontpallier : Du traitement de la prophylaxie de la pleurésie purulente. — Atrophie musculaire chez un hystérique. — De la cirrhose alcoolique hypertrophique. — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle**, séance du 28 mai 1890, présidence de M. Lagneau — **Société médicale du 7e arrondissement**, séance de février 1890. Présidence de MM. Ferrand et Berger. — **Memento pratique**. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hopital de la Charité. M. le Professeur DUPLAY

Leçon d'ouverture (1).

Messieurs,

En prenant possession de cette chaire, je veux d'abord rendre hommage au regretté professeur M. Trélat. Son souvenir est si près de vous qu'il vous est facile d'évoquer son enseignement si remarquable, sa parole si claire et si originale, ce discours qui arrivait quelquefois jusqu'à l'éloquence, cette incomparable mimique dont il accompagnait ses leçons. Je vous rappellerai aussi la sûreté et la finesse de son diagnostic, son habileté opératoire. C'est pour vous, ses élèves, une perte irréparable. Pour nous, ses collègues et ses amis, nous en avons ressenti un deuil profond.

Après avoir payé à la mémoire de mon prédécesseur ce juste hommage, j'entre immédiatement en matière.

Je veux faire devant vous aujourd'hui la critique de certaines tendances chirurgicales, et vous exposer, comme conséquence, la manière dont on fait de la bonne clinique.

Messieurs, depuis 15 à 20 ans, une transformation complète s'est faite dans la chirurgie. J'ai pu suivre peu à peu cette transformation et apprécier le progrès considérable qui s'est accompli.

L'introduction de l'antisepsie dans la pratique chirurgicale est ce qui a le plus puissamment contribué à cette transformation. Mettre en doute cette influence serait se refuser à l'évidence. La théorie sur laquelle elle repose est-elle inattaquable? L'application, dans les mains de certains chirurgiens, est-elle exempte d'exagération? Peu importe. Le résultat n'est pas contestable. L'autopsie a amené la disparition de tous ou presque tous les accidents post-opératoires : lymphangites, phlegmons, septicémie, pyohémie.

Il y a vingt ans à peine, dans certains hôpitaux, et surtout dans certaines saisons, la plus petite intervention chirurgicale, la plus simple incision, était suivie de l'apparition de ces accidents redoutables. La guérison d'une amputation de cuisse ou de jambe n'avait jamais été vue par Nélaton à l'hôpital des cliniques, et il vouait une statue d'or à celui qui débarrasserait la chirurgie de ces terribles suites.

Lister a mérité cette statue.

L'antisepsie a encore diminué d'une façon considérable la durée de la guérison à la suite d'une opération. La réunion par première intention, qui échouait toujours, est devenue la règle, et cette plaie, résultant de l'ablation du sein, qui mettait deux mois et plus à guérir par suppuration, se réunit par première intention au bout de huit jours.

Ce n'est pas tout; on a pu, grâce à l'antisepsie, entreprendre et mener à bien une foule d'opérations jadis réprouvées. On ouvre sans crainte les articulations ; on pratique sur l'abdomen, dans les maladies des organes génitaux de la femme, des opérations des plus hardies.

Messieurs, cette profession de foi, toute en faveur de l'antisepsie, me permet maintenant d'aborder les excès auxquels cette même antisepsie a entraîné les chirurgiens.

Il faut d'abord signaler l'*accroissement considérable du nombre des opérations*. Une sorte de folie opératoire, de *prurigo secandi*, s'est emparée de quelques confrères. On en a recherché les causes. Il y en a d'ordre moral, ou plutôt *immoral*, que je ne veux pas aborder ici ; je reste sur le terrain de la science, voulant croire à l'honnêteté absolue de tous nos confrères.

Voici donc pour moi ce qui s'est passé jadis, en raison de la fréquence des accidents post-opératoires : on ne se décidait à intervenir que quand une opération paraissait absolument indispensable. Maintenant, au contraire, les accidents post-opératoires ont disparu. Se fiant donc à cette impunité, le chirurgien a une grande tendance à intervenir, dès que l'opération lui paraît praticable.

(1) Recueillie par le Dr L. Greffier.

En somme, on pourrait, dans ces cas, discuter sur le plus ou moins d'opportunité de l'opération. Le danger n'est pas là.

Mais voici quelque chose de plus grave. Alors qu'on hésitait beaucoup à opérer par suite des accidents consécutifs, on examinait soigneusement l'état local, l'état général du malade, son tempérament, ses antécédents; on cherchait à faire un diagnostic rigoureux. Puis on discutait longuement l'utilité de l'opération; on pesait a question de savoir si les chances de guérison étaient équivalentes à la gravité de la maladie.

Maintenant, toutes ces considérations deviennent secondaires et souvent le diagnostic se fait par l'opération. On a affaire à une tumeur, on ne se préoccupe pas d'en rechercher la nature. On l'enlève et, *après*, on l'examine à loisir. Dans les cas d'affection de l'abdomen, on ne fait plus ces diagnostics brillants et délicats : on ouvre le ventre; on regarde ce qu'il y a dedans; s'il n'y a rien à enlever, on le referme tranquillement. Certain chirurgien que je ne nommerai pas ne va pas au-delà de ce diagnostic : « Malade à gros ventre. » C'est très commode. *Mais on a oublié ainsi le diagnostic*, cette science qui a fait la gloire de l'École française.

Il en est de même du pronostic. On ne s'attarde pas à discuter la question de savoir si le malade pourrait guérir par d'autres moyens, ni si les bénéfices de l'opération sont suffisants pour la justifier. C'est ainsi qu'on pratique sur la face des délabrements effroyables pour des cancers de la langue, du pharynx, etc., et le malade succombe, avec ou sans récidive, quelques semaines après, sans avoir tiré le moindre profit de votre intervention. Les ablations de goitre sont très belles comme opérations, mais, à la suite, les malades sont pris de cachexie strumiprive et, comme l'a dit M. Verneuil : « Vous avez fait d'un goitreux un crétin. »

Piètre résultat! Cependant, on a vu pratiquer cette opération pour des goitres qui ne gênaient que par leur volume, sans se préoccuper des suites éloignées. Au milieu de l'hécatombe de trompes et d'ovaires à laquelle on se livre, on ne considère pas que beaucoup de malades auraient pu guérir autrement, et qu'en définitive, en privant la malade de la faculté reproductrice, vous donnez naissance à des troubles plus ou moins sérieux dans son état physique et dans son état moral.

C'est là rabaisser le rôle du chirurgien, le réduire à l'état de manœuvre.

Il y a encore dans cette manière de faire un danger que je veux vous signaler. Sans doute, avec l'antisepsie, on n'a guère à redouter les suites opératoires, mais ceci n'est pas absolu, car la moindre négligence dans l'application de la méthode suffit à tout compromettre. Remarquez-le bien : un catgut de mauvaise qualité, une solution trop faible, une éponge mal préparée, peuvent détruire votre assurance. Et alors, votre certitude du succès s'évanouit et vous avez fait, en vous fondant sur cette fausse assurance, une opération que vous n'auriez pas risquée si vous aviez craint les accidents consécutifs. Ce danger, minime pour les chirurgiens consommés, rompus à l'antisepsie, est surtout à craindre pour les opérateurs jeunes et inexpérimentés.

Ainsi, Messieurs, dans cette révolution comme dans toutes les autres, il y a du bon et du mauvais.

Conservons religieusement la méthode antiseptique, mais gardons-nous de négliger l'observation clinique.

N'oublions donc pas les traditions et permettez-moi de vous tracer un programme général.

La clinique est le couronnement de toutes les sciences médicales.

Le premier point à établir est le diagnostic.

En vue de ce diagnostic, le chirurgien devra faire appel à toutes ses connaissances. Il devra se rappeler parfaitement l'anatomie normale et pathologique, en particulier l'anatomie des régions, appelée à juste titre anatomie chirurgicale, qui lui permet de localiser le siège exact de la maladie et le rapport de la région malade avec les régions voisines.

La physiologie normale et pathologique ne lui sera pas d'un moindre secours. La pathologie proprement dite lui sera indispensable. Le chirurgien devra, en outre, faire appel aux différents procédés d'exploration que la science met à sa disposition.

De grands progrès ont été réalisés à notre époque (laryngoscopie, otoscopie, etc). Plus heureux que le médecin, le chirurgien, en général, peut *voir* et *toucher* le point malade.

Plus rarement, *l'odorat*, *l'ouie* lui fourniront d'utiles renseignements.

Il faudra toujours rechercher : 1° l'état antérieur, 2° l'état actuel.

L'examen des circonstances antérieures repose à peu près exclusivement sur *l'interrogatoire*. Il faut chercher les circonstances qui ont précédé le développement de la maladie. On se renseignera, soit auprès du malade, soit auprès de son entourage. On sera ainsi fixé sur le mode d'apparition, les causes probables du mal et le traitement qui a déjà été pratiqué.

L'état actuel donne lieu à la recherche de deux ordres de signes : 1° les signes objectifs ou anatomiques, 2° les signes subjectifs ou fonctionnels. Les derniers peuvent exister seuls. Mais le plus souvent, il n'en est pas ainsi et c'est par la recherche des signes objectifs que l'on fera le diagnostic (changement de forme, de volume, de consistance, etc.). En somme, il faut faire d'abord le diagnostic anatomique, puis déterminer les rapports de l'organe malade avec les organes voisins. On pourra alors établir la nature de la lésion par l'examen raisonné des signes fonctionnels et des signes objectifs. Il faut savoir coordonner les renseignements fournis par les sens. C'est là une qualité qui se fortifie par l'étude, mais qui ne s'acquiert pas entièrement.

On complétera ce diagnostic par l'étude du *diagnostic étiologique*, c'est-à-dire par la recherche des causes générales qui ont présidé à ce trouble local. Pour cela, il faut interroger l'ensemble de la santé générale,

rechercher l'existence de diathèses congénitales ou acquises, tenir compte de l'âge, du sexe, de la profession. Il faudra faire appel à ses *connaissances médicales*.

La *pathologie expérimentale* apportera aussi son appoint à la question ; je ne fais que vous rappeler l'importance prise en peu de temps par la *bactériologie*.

Malgré tous ces moyens, il est des cas où le diagnostic restera hésitant Il est alors permis de recourir à des opérations dont je blâmais tout à l'heure l'abus. Je veux parler des ponctions et des incisions exploratrices qui peuvent devenir précieuses en pareil cas.

Il s'agit maintenant de prévoir l'évolution ultérieure, la durée, le mode de terminaison de l'affection, les complications qui peuvent survenir. C'est le *pronostic*. Il est très important, car de lui découle, en grande partie, la conduite ultérieure que l'on aura à tenir. Le pronostic repose surtout sur la pathologie. Mais outre ce pronostic général, il y a le pronostic *du malade*. C'est là le plus difficile, et il règne souvent sur ce point une grande incertitude. Il est bon de se montrer fort réservé, car c'est la pierre de touche du client à notre égard. La grande habitude du malade, ce qu'on appelle « l'expérience », sont ici d'une grande utilité. Le pronostic se base parfois sur une sorte d'intuition, de *flair clinique*.

Traitement : C'est le but final de la clinique. La question à discuter est celle de l'opération.

Je ne puis vous donner que des principes très généraux.

Malgré un succès opératoire presque assuré, je suis d'avis qu'il ne faut pas faire une opération, uniquement parce qu'elle est praticable. Il faut encore qu'elle soit véritablement indiquée.

Sauf dans quelques cas, toutes les fois qu'un malade peut guérir sans opération, il faut donner la préférence à un autre moyen.

Je suis encore d'avis de s'abstenir quand les bénéfices ne sont pas proportionnels à la gravité de l'opération (mutilation de la face pour des cancers, etc.).

Je suis encore pour l'abstention quand les dangers de l'opération sont supérieurs aux chances de guérison (ablations de tous les viscères pratiquées surtout en Allemagne).

Nous devons encore examiner la question des opérations dites « de complaisance ».

Très discutées avant l'avènement de l'antisepsie, on les pratique volontiers aujourd'hui. Je crois que c'est à tort. Un vice de conformation qui ne nuit pas à la santé ne doit pas être opéré, malgré l'innocuité sur laquelle nous pouvons compter. Enfin, lorsque le doute existe sur l'utilité de l'opération, que doit-on faire ? « *Melius anceps quam nullum.* » Opérons, disent les opérateurs à outrance. Je le veux bien, mais à condition que vous vous souveniez de cet autre adage « *Primum non nocere* ». Et puisque je suis en train de citer des proverbes latins, laissez-moi encore vous rappeler celui-ci, qui résume bien toute cette leçon : « *Prius oculo et mente aga, quam manu armata* ».

Enfin, Messieurs, permettez-moi de vous indiquer un critérium excellent: demandez-vous, avant de vous décider à une opération, ce que vous feriez s'il s'agissait soit d'un être qui vous est cher, soit de vous-même. Et suivez alors la réponse de votre conscience.

Un dernier précepte : lorsque l'opération a été résolue, il faudra toujours, s'il existe plusieurs moyens opératoires, choisir le mode d'intervention le moins dangereux. Un exemple : on a voulu, dans la cure de l'hydrocèle, substituer à la ponction avec injection iodée l'incision de la vaginale. Réservez cette opération pour des cas spéciaux, mais en général, préférez la ponction.

En résumé : souvenez-vous toujours que vous tenez entre vos mains la vie de votre semblable et faites passer avant toute chose l'intérêt du malade.

CLINIQUE MEDICALE

Endocardite maligne dans la chlorose (1),

par le Dr Girode.

Les troubles fonctionnels de l'appareil respiratoire et du cœur tiennent une place prépondérante dans la phénoménalité morbide de la chlorose. Et d'autre part, des recherches déjà nombreuses (Rokitanski, Virchow, Hayem, Rendu, Bollinger, etc...) ont montré comment les mêmes appareils organiques pouvaient présenter chez les chlorotiques des modifications anatomiques intéressantes. Mais que dans cette même maladie, l'organe central de la circulation puisse devenir le foyer de développement du grave processus qui a nom : endocardite maligne, c'est là une éventualité qui ne s'impose pas *à priori*, si disparate que soit l'histoire des conditions de développement des endocardites infectieuses. A ce titre et comme rareté clinique, le fait suivant m'a paru mériter d'être souligné.

Observation. — *Antécédents hystéro-épileptiques. Chlorose. Endocardite infectieuse à localisation mitrale et sigmoïdienne, avec aortite, et myocardite suppurative. Ramollissement cérébral embolique avec hémiplégie, hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et troubles vaso-moteurs ou trophiques variés. Oblitération embolique de l'artère radiale droite. Ecchymoses pleurales et gastriques.* — B... Catherine, 21 ans, entre le 31 décembre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Claire, lit n° 26, service de M. le Dr Guyot.

La malade est arrivée à Paris depuis trois semaines, pour être placée comme femme de chambre, dans une maison où elle était surmenée.

Père mort de phtisie. Mère anémique.

Pendant l'enfance, la malade était sujette à des

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

attaques paraissant avoir présenté le caractère hystérique ou hystéro-épileptique.

Réglée à 17 ans, difficilement. Symptômes de chlorose, dysménorrhée, leucorrhée persistante. Gastralgie, vomissements. Tendance aux vertiges et aux lipothymies. Il n'y a pas eu d'attaque nerveuse vraie depuis l'établissement de la menstruation.

Le début de l'affection actuelle remonte à quatre jours. Sans cause et sans prodromes, attaque avec pâleur et perte de connaissance de une heure de durée ; en l'absence de renseignements, il est difficile de dire s'il s'est agi d'une attaque apoplectique ou épileptiforme. Il y a eu un vomissement pendant que la malade était étendue inerte sur son lit. Quand elle reprend ses sens, faiblesse, courbature, impotence des membres à gauche, et tendance aux lipothymies qui a persisté jusqu'à l'entrée. Dans les trois derniers jours, céphalalgie, insomnie, fièvre, soif vive, anorexie, agitation, plaintes ; oligurie, constipation.

Etat actuel. Pâleur cireuse. Face un peu bouffie. Narines pulvérulentes.

Décubitus dorsal immobile. Le bras gauche est complètement paralysé, il est étendu inerte le long du corps. La jambe du même côté est considérablement affaiblie, mais non absolument paralysée. Pas de déviation de la face. Paralysie flasque diffuse. Anesthésie complète, occupant le membre supérieur gauche et du même côté, le cou, la tête et la partie supérieure du tronc.

Dans le reste du côté gauche, partie inférieure du tronc et membre inférieur, il existe une diminution moins marquée de la sensibilité à tous ses modes. Pas de douleurs spontanées. Amblyopie à gauche avec rétrécissement du champ visuel. Ouïe obtuse et sensations subjectives de bourdonnements et sifflements.

Du côté droit, les mouvements sont normaux. Il existe une exagération de la sensibilité, surtout à la douleur, plus marquée au membre supérieur, et l'on note en même temps des douleurs spontanées violentes, sous forme de crises, accompagnées de trémulation.

Intelligence nette. Céphalalgie. Étourdissements dans l'attitude assise. Anorexie. Soif extrêmement violente et véritablement maladive ; toute l'activité ou même l'agitation de la malade est orientée vers cet objet, réclamer à boire à grands cris et presque en permanence. Enduit pultacé des gencives. Langue sèche, grillée. Gorge sèche, luisante et ardente. Douleurs à l'épigastre. Ventre plat. Constipation absolue depuis cinq jours. Pas de saillie du foie, ni de la rate. Miction spontanée ; urines d'abondance normale, claires, non albumineuses.

L'exploration du poumon et du cœur est absolument négative. Pouls à 120, assez ample, dépressible.

T. 39,6, le soir de l'entrée, aujourd'hui 39,4 et 40,2. Peau sèche, ardente.

Le 13. T. 40° et 40,1. Chaleur mordicante et désagréable de la peau. Même état de la paralysie avec anesthésie à gauche. Inégalité pupillaire et mydriase du côté paralysé. Photophobie. Intelligence assez nette ; par instants seulement, il semble exister des hallucinations et la malade pousse des cris menaçants. Douleurs dans la tête, les oreilles, les yeux, crises violentes, accompagnées de plaintes et d'une trémulation presque générale. Un instant, sensation d'angoisse au cœur, la malade s'écrie qu'elle étouffe, qu'elle va mourir ; l'exploration du cœur, pratiquée alors, montre des battements très violents, précipités et tumultueux. Respiration entrecoupée. A la suite de la crise, état nauséeux et un léger vomissement glaireux.

Dans les moments de calme, la malade accuse toujours la même soif inextinguible, en donnant à cette sensation une expression presque délirante ; quand on lui présente à boire, elle prend une seule gorgée, repousse violemment la main, et quelques minutes après, renouvelle ses supplications.

Des modifications vaso-motrices se produisent dans le bras gauche. La simple application des doigts, dans les explorations, détermine l'apparition de la tache dite méningitique, d'une façon extrêmement persistante. De plus, en l'espace de quelques instants, le bras gauche, qui offrait tout à l'heure une chaleur ardente et une teinte rosée, devient pâle et glacial.

A l'exception de la paralysie, la plupart des phénomènes symptomatiques présentés par la malade se font remarquer par leur mobilité et leur variabilité, d'un instant à l'autre.

Le 14. T. 40,4 et 40°. Mêmes plaintes continuelles. Céphalalgie et mouvements automatiques de la main droite vers la tête. Pupilles égales et paresseuses. L'amblyopie paraît bilatérale et égale des deux côtés. Même hyperalgésie à droite : la malade pousse des cris à la simple exploration du pouls. Douleurs spontanées, piqûres, morsures, sensation d'épingles traversant les chairs. L'état de l'idéation est inégal ; par instants, l'intelligence est nette, les réponses vives et justes ; ailleurs, tendance vers le subdélire.

Même soif. Constipation. Évacuation involontaire des urines. Exploration du poumon et du cœur toujours négative.

Pour la première fois aujourd'hui on s'aperçoit qu'il y a absence absolue de pouls radial droit, alors que les battements artériels se perçoivent nettement au pli du coude. Pouls radial gauche petit, à 134, régulier, un peu inégal.

Le 15. T. 40° et 39,5. Un peu d'assoupissement. Respiration suspirieuse. Pupilles égales.

Pas d'urines depuis 24 heures et vessie vide.

Le soir, la malade est plus éveillée. Céphalalgie.

Douleurs de reins. La malade accuse spécialement des douleurs dans les yeux, exagérées par la lumière, mais différentes de la simple photophobie.

Le bras droit est froid et douloureux.

Après 30 heures d'anurie, miction abondante d'urine

claire, notablement albumineuse. Pouls régulier à 120, dépressible. Toujours pas de pouls radial droit. Peau moite.

Le 16. T. 40,4 et 40,8. Sueurs. Urines rares, fortement albumineuses. Le thermomètre, appliqué successivement sous les deux aisselles et à la face dorsale de chaque main, marque 6/10 de degré en moins sous l'aisselle droite, et deux degrés en moins à la main du même côté. Pas de pouls radial droit.

Le 17. T. 40,2 et 40,4. Apparence typhoïde. Fuliginosités des lèvres et de la bouche. La respiration est lente et irrégulière, sans type cependant bien défini. Évacuation involontaire des urines. Membre supérieur gauche inerte et brûlant : quelques mouvements de flexion et d'extension de la jambe correspondante. Température de la main droite inférieure de 3/10 de degré par rapport au côté gauche.

Le 18. T. 39,8 et 40°. Torpeur demi-comateuse, on n'obtient plus aucune réponse. Respiration accélérée, à 32, bruyante, sifflante. A l'auscultation, on ne perçoit que quelques râles vibrants disséminés. Pouls à 168, très petit. Bruits du cœur sourds. Pas de bruit anormal. Évacuations involontaires.

Un peu de tuméfaction œdémateuse du dos de la main gauche. La main droite est plus froide de 5 degrés. Tout le membre supérieur droit réagit encore à la piqûre, plus vivement cependant, quand on pique au-dessus du coude. A gauche, l'inertie et l'anesthésie n'ont pas changé. Les pupilles sont inégales, la droite extrêmement resserrée.

Le soir, la malade parle un peu. Pupilles égales. Photophobie. Agitation irrégulière, incessante, des membres à droite ; un peu de raideur à gauche en demi-flexion. La tête tend à tomber à droite. Un certain degré de raideur des mâchoires. Langue tuméfiée. Muguet de la bouche.

Le 19. T. 40,7. Respiration à 48, sifflante. Pouls à 160. Yeux cernés et excavés. Pupilles larges, égales, très paresseuses et inégalement contractiles. Trismus beaucoup plus prononcé. La malade ne peut plus parler, quoiqu'elle semble comprendre encore et cherche à se soustraire aux explorations.

Ongles très violacés, presque noirs, à la main droite ; les téguments de la dernière phalange sont également noirs et commencent à se raccornir, surtout aux deux premiers doigts Température au dos du poignet droit 28°, à gauche 37°. On note à la cuisse droite 36,5 et à la gauche 37,5. Petits mouvements automatiques de la main droite vers la tête, le cou, l'autre membre. Mouvements de défense, paraissant en rapport avec des hallucinations. La tête est inclinée davantage vers le côté droit. Obtusion diffuse de la sensibilité.

Une grande plaque violacée, à contour bien limité, s'est développée spontanément sur la joue gauche. La moitié gauche de la vulve présente une tuméfaction œdémateuse, du volume d'une orange ; à droite, l'aspect est normal. Un peu d'œdème du pied gauche et de la jambe, le long du tibia. Il existe au-devant de la cuisse gauche, à trois doigts au-dessus du genou, une plaque blanche, d'aspect urticarien, large comme une pièce de 5 francs, saillante de 3 millimètres, à bords bien limités, tranchant nettement sur les parties voisines ; sa surface présente l'aspect chair de poule ; quand on appuie le doigt, on obtient un léger godet.

Du même côté, en dehors de la cuisse, deux autres plaques semblables, blanches, granitées, non surélevées. Commencement d'eschare à la partie postéro-interne du talon gauche. Au milieu du sacrum, existe une large tache rouge, qui empiète de trois doigts sur le côté droit, qui s'étend beaucoup plus à gauche, où elle dégénère, à 6 centimètres de la ligne médiane, en une eschare commençante large comme trois doigts.

La veille on avait déjà paru constater une certaine résistance sur le tiers moyen de la radiale droite. Aujourd'hui, il est facile de percevoir en ce point une induration en fuseau de 5 centimètres de long sur 1 1/2 de large, dirigée suivant le trajet de l'artère. A ce niveau et au-dessous, pas de pulsation artérielle.

Le 19 au soir, la malade est dans le coma. Battements du cœur désordonnés. Sueurs agoniques. T. 40°, mort dans la nuit. Quelques instants après la mort le thermomètre monte à 41°.

Autopsie le 21. La pie-mère encéphalique est épaissie, plus foncée, et se détache plus difficilement de la substance sous-jacente dont elle entraîne de petits fragments. La pie-mère interne est fortement congestionnée.

Substance cérébrale molle, un peu œdémateuse avec un léger état sablé. A la coupe de l'hémisphère droit, on constate l'existence d'un foyer de ramollissement blanc à parois tomenteuses, qui s'étend du centre du lobe frontal à l'origine du lobe occipital et passe en dehors du corps opto-strié. Ce foyer en lame présente une épaisseur d'un demi-centimètre, et occupe presque toute la hauteur du noyau gris central. A sa partie postérieure, il coupe un peu l'extrémité occipitale du noyau lenticulaire, et empiète légèrement sur le tiers postérieur du segment lenticulo-optique de la capsule interne. Ici la substance nerveuse est très ramollie, et les limites de la lésion difficiles à préciser. A la partie antéro-inférieure du corps strié, on découvre une branche artérielle de 1 millimètre 1/2 de diamètre, oblitérée complètement par un caillot dur, adhérent et décoloré. Au fond de la scissure de Sylvius, quelques artérioles sont oblitérées, mais par des coagulations plus molles et brunâtres. Le reste de l'encéphale, la moelle, et les méninges bulbo-médullaires ne présentent pas d'altération macroscopique appréciable.

La cavité péricardique contient 150 grammes de sérosité claire. Cœur flasque. Dépôt graisseux notable autour du ventricule droit et des gros vaisseaux. En arrière du ventricule gauche, plusieurs plaques noires bien limitées sous le péricarde. Il existe sur les valvules aortiques du côté interne, et sur la face auriculaire des

deux vulves de la mitrale, des plaques congestives, d'où naissent des végétations en choux-fleurs, rouges et molles, en partie masquées par des coagulations sanguines. Sur la paroi postérieure du ventricule gauche, l'endocarde est soulevé par des mamelons jaunâtres, qui correspondent aux taches brunes notées du côté péricardique. En sectionnant la paroi à ce niveau, on constate des foyers de myocardite à centre en voi deram ollissement et de suppuration : une mince lame endocardique les sépare du ventricule, une portion de paroi plus épaisse et brunâtre les limites du côté du péricarde. Le plus avancé de ces foyers est un petit abcès prêt à perforer l'endocarde.

Il existe sur la portion ascendante de la crosse aortique 5 à 6 foyers d'endoaortite en plaques rouges, parfois recouvertes de saillies mamelonnées analogues aux végétations valvulaires.

Adhérences pleurales anciennes au sommet gauche et à la base droite. Foyer hémorrhagique sous-pleural en arrière du lobe supérieur gauche. Ecchymoses punctiformes disséminées partout ailleurs sur les deux plèvres, mais beaucoup plus nombreuses à gauche.

Le poumon gauche présente un peu d'œdème des parties déclives, et une congestion générale. Sur la teinte générale violacée, tranchent quelques îlots plus noirs, n'allant pas cependant jusqu'à l'infarctus. Le poumon droit est à peine injecté.

Le foie est augmenté de volume, de consistance pâteuse; coupe sèche, décolorée. Quelques petits infarctus sous la capsule de la face supérieure.

Volume normal des reins. Consistance ferme. Coupe sèche. Substance corticale très pâle. Zone congestionnée à la base des pyramides.

La rate est tuméfiée et ramollie.

Estomac rétracté et vide. Très large ecchymose sous-muqueuse vers la petite courbure, avec vaisseaux turgescents sous la séreuse à ce niveau.

Ganglions mésentériques tuméfiés, noirs. Intestin normal. Utérus idem. Petit kyste de l'ovaire droit.

Le tiers moyen de l'artère radiale droite est occupé par une coagulation avec endopériartérite à ce niveau, et large fuseau d'infiltration sanguine et œdémateuse tout autour. Le caillot oblitérant est gris, adhérent, dur, nettement limité en bas à la naissance d'une artériole musculaire ; en haut ce caillot est prolongé jusqu'à une artère récurrente par une coagulation récente, plus noire et molle.

Je fais remarquer par avance qu'il manque à cette observation deux points fondamentaux : la fixation du microorganisme en cause, et la détermination de sa porte d'entrée. Il n'y avait ni ulcère stomacal, ni affection de l'appareil génital, ni lésion cutanée. Ici donc, comme en beaucoup d'autres faits d'endocardite maligne, la filiation première des accidents échappe. En tout cas, et puisqu'il faut s'en tenir à des interprétations, je ne serais pas éloigné de faire jouer un certain rôle aux fâcheuses conditions dans lesquelles s'est trouvé placé cet organisme, déjà malade par la transplantation dans un milieu à surmenage et à conditions hygiéniques défectueuses, ceci se surajoutant à une souffrance habituelle de l'appareil circulatoire. Ce n'est là que de la prédisposition : mais il faut reconnaître que la prédisposition, le terrain, jouent un rôle très important sinon prédominant dans une affection dont le chapitre bactériologique comprend des éléments si variés, et de provenance souvent obscure.

BIBLIOGRAPHIE

Maladies de l'appareil respiratoire (tuberculose et auscultation), par J. Grancher professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants. Leçons cliniques recueillies par le Dr L. Faisans, médecin des hôpitaux et revues par le professeur. — Avec figures dans le texte et deux planches en couleur hors texte. — Paris, O. Doin, 1890.

Nous sommes un peu en retard pour rendre compte de cet ouvrage; nous ne pouvons cependant laisser passer une œuvre de cette importance sans en dire tout le bien que nous en pensons.

Dans les premières leçons qui sont en quelque sorte une entrée en matière, l'auteur décrit la *structure des poumons*, leur *développement*, leur *physiologie*. Ce n'est pas là d'ailleurs un simple travail de compilation, destiné à faciliter l'étude des maladies des voies respiratoires ; les recherches personnelles, celles sur les lymphatiques du poumon en particulier, leur donnent un cachet d'originalité que l'on retrouve dans tout le reste de l'ouvrage, car il n'est pas une leçon qui n'apprenne quelque chose de nouveau, qui ne mette en lumière quelque point ignoré ou mal connu.

L'étude de la respiration normale, l'importance de l'auscultation, de la percussion et de la palpation font l'objet des leçons suivantes. Chemin faisant, le professeur Grancher se plaint que l'auscultation soit aujourd'hui un peu délaissée. L'anatomie pathologique et la physiologie, les maladies du système nerveux, la pathologie expérimentale ont tour à tour détourné l'attention des élèves de l'auscultation. La découverte du bacille de Koch a pu faire croire un instant qu'il suffisait de savoir examiner en quelques minutes les crachats de ses malades pour faire un diagnostic, et, si l'on sait encore utiliser les connaissances classiques pour le diagnostic des grosses lésions, on ignore les finesses et les délicatesses de l'auscultation. De là la nécessité d'étudier avec soin les moyens d'exploration, *auscultation*, *percussion*, *palpation*, la *respiration normale*, les *respirations anormales*, les *bruits adventices*, les *souffles*.

L'auteur aborde ensuite l'étude de la tuberculose pulmonaire et pleurale et nul ne pouvait certes le faire

avec plus d'autorité. C'est par la preuve anatomique irréfutable de l'unité de la phthisie qu'il avait débuté dans la carrière médicale; depuis, tout en poursuivant les études de laboratoire, il n'oublie pas que la clinique mérite toute l'attention du médecin, et c'est par le perfectionnement de l'auscultation qu'il parvient à perfectionner l'œuvre de Laënnec. De là la possibilité du *diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire* soit dans ses formes rares, soit dans sa forme commune. Ce sont ici des chapitres d'une importance considérable et et qu'on ne saurait trop lire et relire, car du diagnostic précoce de la tuberculose dépend la guérison.

Les formes *cliniques de la tuberculose pulmonaire et pleurale*, son *diagnostic*, ses *lésions anatomiques*, sa *thérapeutique* et *la prophylaxie* qu'elle comporte font l'objet de toute une série de leçons du plus haut intérêt.

Signalons enfin à l'attention du lecteur les leçons intitulées : Tuberculose et mariage; Tuberculose et contagion.

L'ouvrage se termine par l'étude de la *spléno-pneumonie*, cette maladie nouvellement séparée des états voisins et qu'avec beaucoup de raison notre ami Gilbert désigne sous le nom de « *maladie de Grancher* ».

Il nous semble superflu d'ajouter que dans toutes ces leçons on retrouvera la facilité et la netteté d'exposition, la précision dans le style et les idées qui, de tout temps, ont fait le succès de l'enseignement du professeur Grancher.

Dr É. Deschamps.

L'enseignement au Collège de Chirurgie, depuis son origine jusqu'à la Révolution française, par le Dr A. Corlieu, Bibliothécaire-adjoint à la Faculté de médecine, in-8°, Paris, J. B. Baillière, 1890.

Les origines de l'ancien Collège de chirurgie sont en général peu connues. Medecins et étudiants passent devant l'ancien Collège, sans se douter que le monument qui est aujourd'hui l'Ecole des Arts décoratifs a été, jusqu'en 1774, l'Ecole, la Communauté ou le Collège des chirurgiens, car il a porté ces trois désignations, de par arrêt du Parlement.

M. Corlieu, qui a écrit l'histoire de l'ancienne Faculté de médecine, voulait faire pour les écoles de chirurgie ce qu'il a fait pour celles de médecine et publier les matériaux qu'il a accumulés depuis longtemps. Mais, nous assure t-on, ce travail considérable ne verra jamais le jour. Tous ceux qui aiment les études médico-historiques le regretteront avec nous, car nous savons avec quel soin M. Corlieu recueille tout ce qui a trait à nos institutions médicales et chirurgicales.

Le travail que nous annonçons constitue une partie tout à fait distincte : c'est l'enseignement au Collège de chirurgie. M. Corlieu a pris cet enseignement depuis son origine : il a fait voir les luttes qu'ont eu à subir les chirurgiens pour arriver à avoir un enseignement tout à fait indépendant de celui de la Faculté de médecine, luttes qui ont duré jusqu'au jour où, à la satisfaction du chirurgien Mareschal, Louis XV établit cinq chaires au Collège de chirurgie. Le nombre de ces chaires augmenta par suite de généreuses donations et il s'élevait à neuf lorsqu'éclata la Révolution française, qui anéantit les Ecoles de médecine et de chirurgie pour les fondre et les reconstituer en l'an IV sous la désignation d'Ecole de santé.

Avec une patience de bénédictin, M. Corlieu a pu reconstituer tout l'enseignement chirurgical, rétablir la série chronologique de tous les professeurs qui se sont succédé dans les neuf chaires du Collège de chirurgie, rétablir la liste des démonstrateurs de l'Ecole pratique de dissection, fondée au mois de mai 1757. On y voit signer J.-L. Petit, Louis, Morand, Pelletan, Chopart, Tenon, Süe, Sabatier, A. Dubois, Garengeot, Lassus, Brasdor, Puzot, Deleurye, Desault, etc. Une notice biographique est consacrée à chaque professeur.

La deuxième partie de ce travail est relative à l'enseignement pratique qui avait lieu dans les hôpitaux. M. Corlieu nous initie à tous les fonctionnements hospitaliers, nous fait connaître les fonctions des élèves chirurgiens, depuis le grade de compagnon jusqu'à celui de gagnant-maîtrise, les usages, les règlements, les examens jusqu'au *chef-d'œuvre*, ou actes qui conduisaient à la maîtrise en chirurgie.

C'est un travail consciencieux, intéressant, tout à fait nouveau et reposant sur des documents authentiques.

M. Corlieu aime à vivre dans les temps passés et nous venons de l'y suivre avec intérêt et plaisir. Nous croyons ne pas nous tromper en disant que ceux qui feront comme nous partageront notre sentiment.

A. Chevallereau.

L'impuissance sexuelle chez l'homme et chez la femme, par le Dr W. A. Hammond, professeur des maladies mentales et nerveuses à l'école de médecine de New-York. Paris, Lecrosnier et Babé libraires-éditeurs, 1830.

Le nom seul de son auteur suffira à recommander un ouvrage qui, par sa nature, impose plus que tout autre l'observation des règles d'une critique scientifique, étroite et sévère. Sous ce rapport, les travaux remarquables de M. Hammond sur la neuropathologie sont des titres à notre confiance. Il est peu de maladies qui causent autant d'affliction à l'homme que l'impuissance sexuelle. Par la nature des troubles qu'elle entraîne, comme aussi par la plupart des causes qui la provoquent, son étude appartient surtout à la pathologie nerveuse. L'auteur vient nous donner aujourd'hui sur ce sujet le résultat de ses observations et de ses études thérapeutiques. Le terme impuissance s'applique exclusivement à l'acte sexuel et doit être distingué de la stérilité avec laquelle le public le confond généralement. L'impuissance consiste seulement dans l'impossibilité ou la difficulté de pouvoir accomplir le coït. Elle se traduit de diverses manières par suite de l'exis-

tence d'une maladie ou de quelque anomalie primitive ou secondaire des organes génitaux. L'auteur étudie d'abord l'impuissance chez l'homme et divise les cas en quatre catégories qui font l'objet d'autant de chapitres.

L'acte sexuel n'a pas lieu d'abord en raison de l'absence de désir sexuel; cette absence peut être originelle, ce qui est très rare, ou acquise par suite de préoccupations mentales, des habitudes d'onanisme ou encore par suite d'une perversion de l'appétit sexuel, l'auteur relate quelques exemples intéressants de ces derniers cas et donne des indicationss sur ce traitement.

Beaucoup plus souvent on rencontre des malades qui se plaignent de l'impossibilité d'obtenir l'érection. Cette condition peut être la conséquence de causes multiples, et d'abord des excès sexuels pendant le jeune âge et principalement de la masturbation, puis des pertes séminales nocturnes, de la maigreur excessive, de certaines affections cérébrales, de lésions traumatiques de l'encéphale ; on trouvera dans ce chapitre l'influence de l'équitation, les procédés d'éviration pratiqués chez les Indiens du Mexique. Certaines substances peuvent enfin produire l'impuissance.

Une variété d'impuissance est due à la perte du pouvoir de l'éjaculation dans le vagin, ce qui tient à une maladie ou à une anomalie du pénis, des testicules ou de leurs annexes ou même à une condition de l'ensemble de l'organisme qui empêche l'émission du sperme dans le vagin.

Dans un quatrième chapitre, l'auteur étudie une variété d'impuissance due à l'absence de sensations voluptueuses durant l'acte copulateur et pendant l'éjaculation. Ici l'impuissance n'est que tout à fait relative, on a plutôt affaire à un acte physiologique incomplet et dont les phases essentielles seules existent.

La première édition de cet ouvrage ne traitait que de l'impuissance chez l'homme, M. Hammond a ajouté une deuxième partie sur cet état pathologique chez la femme. La division du sujet rappelle celle de la première partie et l'auteur étudie successivement l'absence de désirs, les obstacles pathologiques au coït, le vaginisme et l'inaptitude à éprouver l'organisme sexuel. L'ouvrage de M. Hammond renferme un contingent considérable de faits bien étudiés, une partie thérapeutique bien développée. — Bien que l'auteur ne nous ait donné que le résultat de ses propres observations, il est cependant certains points que nous aurions voulu voir signaler, de ce nombre est la frigidité que l'on rencontre dans certaines maladies comme le diabète et dans certaines intoxications, celle par le sulfure de carbone par exemple. L JUMON.

REVUE DE LA PRESSE

La lactation pendant la menstruation. (*Therapeutic gazette.*) — La médecine traditionnelle a toujours enseigné que l'absence de règles était une des conditions d'une bonne lactation; le Dr SCHLICHTER, dans une note lue à la Société Royale de médecine de Vienne, met fortement en doute ce fait et conclut avec quelque raison que la menstruation n'est pas aussi préjudiciable à la lactation qu'on l'a avancé. L'auteur a analysé un grand nombre d'échantillons de lait provenant de nourrices réglées et a d'abord montré que la proportion de la caséine ne subit aucune diminution. La quantité de matières grasses était variable, mais ces variations n'excédaient pas ce que l'on voit chez les nourrices non réglées. Dans un seul cas, la proportion des autres éléments diminua de 1 à 5 0/0, pratiquement cette variation n'avait aucune valeur. Chez la vache l'époque du rut ne produit aucune variation dans la qualité du lait. Si l'on compare entre eux les résultats des analyses, on voit que les variations avant, pendant et après la menstruation ne sont pas aussi marquées que celles qui portent sur le lait pris à différentes heures de la journée dans les circonstances ordinaires. L'examen des enfants ne démontre aucun indice d'une alimentation défectueuse pourvu toutefois que les règles ne se montrent pas avant six semaines. Sans aller jusqu'à admettre sans réserve les conclusions de l'auteur, il est cependant permis de dire que la menstruation chez les nourrices n'est pas aussi préjudiciable qu'on l'a dit jusqu'à présent; la clinique apprend que dans cette condition la sécrétion lactée diminue, et que la lactation cesse plutôt chez les nourrices réglées. Une grossesse intercurrente est en toute circonstance un obstacle à la continuation de l'allaitement aussi bien dans l'intérêt de la mère que dans celui de l'enfant.

L. J.

Emploi externe et interne de l'Ichthyol par le prof. NILSON GADDE (tiré de la *Therapeutische Monatschrift*, 1820, p. 3). — On sait que le médicament introduit dans la thérapeutique par le prof. Unna de Hambourg a pris une place importante dans la thérapeutique dermatologique. L'auteur a employé le médicament dans les cas où Unna l'avait recommandé. L'emploi interne de l'ichthyol a été associé à son usage externe. Dans un cas d'acné rosacée rebelle, les lavages au savon à l'ichthyol ont amené la guérison au bout de deux mois. Employé à l'intérieur dans l'herpes zoster, l'ichthyol paraît influencer la marche de la maladie, car les pustules se dessèchent et évoluent plus rapidement. Le même médicament a eu une influence favorable dans l'urticaire, le purpura, l'érythème noueux; suivant l'auteur des frictions avec une pommade à 50 0[0 d'ichthyol peuvent arrêter l'évolution d'un panaris au début.

Chez les alcooliques, on pourrait même diminuer le tremblement, augmenter l'appétit, améliorer le sommeil au bout de quelques jours de traitement.

Dans le rhumatisme chronique et la goutte, le médicament peut être employé avec avantage intus et extra. L'auteur signale encore les néphrites chroniques, le catarrhe chronique de l'estomac dans lesquels il a pres-

crit l'ichthyol que l'on donne mélangé à l'eau, en pilules ou en capsules gélatinisées.

H. W. Freund (*St-Petersb. med. Woch*, 13,90) recommande l'ichtyol dans la pratique gynécologique, et en vante les propriétés à la fois calmantes et résolutives. Lichthyol agirait rapidement dans la paramétrite chronique, dans la périmétrite subaiguë ou chronique dans les inflammations des ovaires et des trompes, dans les lésions du col, les démangeaisons vulvaires. Extérieurement on emploie un mélange à 5 p. c. avec la glycérine dont on imprègne un tampon d'ouate introduit dans le vagin. Si l'on cherche son action résolutive, on fait des frictions sur l'abdomen avec une pommade composée en parties égales de lanoline et d'ichthyol ou de 8 gr. d'ichthyol pour 80 de savon vert. En même temps on fait prendre au malade de 0,30 à 0,60 centigr. d'ichtyol par jour sous forme de pilules ou de suppositoires. Dans les affections purigineuses on se sert d'une solution aqueuse à 10 p. c , on touche les érosions avec l'ichtyol pur. On n'a observé aucun symptôme incommode après l'usage interne de ce produit dont on peut supprimer la mauvaise odeur par l'emploi de la coumarine. Il va sans dire que les autres moyens de traitement ne doivent pas être négligés.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La Correspondance comprend : 1° une lettre de MM. le Dr Bertin et Picq, vétérinaire, de Nantes, sur les expériences qu'ils ont pratiquées à l'aide du vaccin de chèvre ; 2° une lettre de M. Luton, de Reims, accompagnant un pli cacheté, relatif à la tuberculose en général et à son traitement par les sels de cuivre ; 3° une étude clinique sur l'action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux ; 4° l'état des vaccinations pratiquées à Orléansville et Chélif (Algérie) par le Dr J. Bouteloup.

M. Leblanc présente de la part de M. le Dr H. Pauthier de Senlis, un rapport sur les maladies régnantes et la mortalité dans l'arrondissement de Senlis en 1887-1889.

Prostitution clandestine. — M. Le Roy de Méricourt lit un rapport favorable sur un travail lu par M. le Dr Commenge (de Paris), dans la séance du 7 janvier dernier et intitulé : *Recherches sur les maladies vénériennes dans leurs rapports avec la prostitution clandestine et la prostitution réglementée à Paris de* 1878 *à* 1887.

Hygiène des mineurs. — M. Fabre (de Commentry) étudie les maladies des mineurs. Il les divise en accidentelles et professionnelles. Celles-ci reconnaissent pour causes le manque d'oxygène, l'humidité, les émanations délétères, l'abondance des poussières et la température trop élevée de certaines galeries. Les maladies respiratoires comprennent l'emphysème et la bronchite avec crachats noirâtres. Les troubles digestifs comprennent l'embarras gastrique, la diarrhée, la dysenterie. On trouve aussi des arthralgies, des rhumatismes musculaires et articulaires. Les conditions hygiéniques des mineurs sont bien meilleures aujourd'hui qu'autrefois.

Kyste congénital du cou. — M. Tarnier présente un enfant de 8 jours, né avec un volumineux kyste du cou.

Après que la tête fut sortie, on constata sur la partie latérale gauche de la tête une tumeur aussi volumineuse que cette tête. Cette tumeur était tendue, transparente, recouverte d'une peau amincie, mais par la suite elle diminua spontanément de volume, et à l'heure actuelle, elle est flasque et molle et réduite de près de moitié.

Pour ce qui est du traitement, j'ai pensé à faire une ponction, mais comme la peau est très mince, j'ai craint ultérieurement une gangrène plus ou moins étendue de cette dernière. En ce qui concerne l'extirpation, je crois devoir également la rejeter, pour le moment du moins ; on sait en effet, depuis les travaux de Lannelongue, que ces tumeurs, quelque superficielles qu'elles paraissent, envoient souvent des prolongements profonds qui rendent l'opération particulièrement dangereuse. Comme la tumeur paraît en état de régression spontanée, il n'y a d'ailleurs aucun inconvénient à attendre quelque temps.

Obsèques de M. Siredey. — M. Fournier, sur l'invitation du président, lit le discours qu'il a prononcé au nom de Académie sur la tombe de M. Siredey. (*Applaudissements unanimes.*)

De la syncope dans l'anesthésie par le chloroforme. — M. Laborde. Dans une discussion déjà un peu éloignée sur l'anesthésie et les anesthésiques, M. Verneuil a pensé que l'expérimentation faite dans le laboratoire ne pouvait en rien éclairer les causes de la mort par le chloroforme, la cause la plus fréquente de la mort chez l'homme étant la syncope. Or M. Verneuil a complètement méconnu la grande tendance des lapins à tomber en syncope lorsqu'on leur fait respirer du chloroforme.

En effet, comme M. Laborde le démontre expérimentalement sur la tribune de l'Académie, les battements du cœur du lapin s'arrêtent immédiatement lorsqu'on met sous les narines le bouchon d'une bouteille qui contient du chloroforme. Le cœur ne s'arrête que pendant deux ou trois secondes pour reprendre ensuite ses battements.

Ce phénomène ne se produit pas avec le bichlorure de méthylène, mais il se produit avec l'éther quoi qu'il soit alors un peu moins marqué qu'avec le chloroforme.

Dans une des prochaines séance, M. Laborde tirera quelques conclusions de ces expériences.

M. Verneuil maintient son opinion. Il ne pense pas que les expériences faites au laboratoire sur la chloroformisation puissent expliquer les accidents qu'observent les chirurgiens. Il y a une grosse question, c'est celle des contre-indications. M. Verneuil a perdu dans sa vie deux malades par le chloroforme. Tous deux étaient des tuberculeux chez lesquels les poumons étaient dans un état lamentable, sans que l'auscultation l'ait révélé une autre contre-indication ce sont les affections cardiaques. On ne peut conclure à l'homme malade des expériences faites dans les laboratoires sur les animaux sains.

Les animaux qui meurent du chloroforme meurent toujours de la même manière; ils ne meurent pas d'asphyxie.

De plus l'arrêt brusque de la contraction cardiaque quand on met le chloroforme trop près des narines s'ob-

serve chez l'homme comme chez le lapin, mais on ne peut assimiler cela à une syncope.

Quant aux associations de médicaments anesthésiques, M Verneuil n'en est nullement partisan. Les injections hypodermiques de morphine et d'atropine chez les malades auxquels on va faire respirer du chloroforme paraissent à M. Verneuil des innovations dangereuses.

Dosage comparatif de l'acide carbonique contenu dans les muscles et dans le sang. — M. Laborde lit cette note de la part de M. Gréhant. (Comm. : MM. Cusco, François Frank.)

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bouchard sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

Les candidats seront présentés dans l'ordre suivant: En première ligne, M. Cadet de Gassicourt; en deuxième ligne, *ex æquo*. MM. Dieulafoy et Duguet; en troisième ligne, M Kelsch.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 19 mai 1890. — Présidence de M. Hermite.

Sur les caractères cliniques des véritables fièvres à quinquina. Loi et traitement preventif des rechutes dans les fièvre alluvioniques. — M. Alcide Treille. Tant d'infections microbiennes, de maladies par auto intoxication ou autres, peuvent en imposer, par leurs caractères d'intermittence, pour des fièvres intermittentes telluriques ou plutôt alluvioniques, que, pour bien juger de la véritable nature de ces dernières et éviter toute cause d'erreur dans le diagnostic et le traitement, il est nécessaire de prendre comme types des fièvres ayant déjà plusieurs semaines de durée. En les observant alors avec le thermomètre, dont les notations doivent toujours être préalablement enregistrées, on voit qu'elles sont, pourrait-on dire, invariables dans leurs effets. Les accès de rechute commencent par une courte ascension thermique, pour atteindre, à partir du troisième ou quatrième accès, un summum qu'elles ne semblent point dépasser. Je n'ai pas vu une seule de ces fièvres se transformer en rémittente ou en pernicieuse.

Dans ces conditions, si l'on donne le sulfate de quinine, on observe que le premier accès sur lequel porte le médicament n'est jamais coupé. La fièvre est plus ou moins atténuée, mais l'ascension thermométrique existe toujours. En revanche, le second accès est invariablement enrayé. Jamais il ne revient, et il est dès lors absolument inutile de donner une seconde dose de sulfate de quinine en prévision d'un accès suivant immédiat.

L'heure à laquelle le sulfate de quinine est donné importe peu au fond. Le premier caractère clinique des véritables fièvres à quinquina est donc celui-ci : accès revenant toujours d'une manière identique; sulfate de quinine n'agissant jamais sur le premier accès attaqué, tout en l'atténuant dans de notables proportions, mais coupant toujours le second.

Un second caractère aussi important est la tendance invariable aux rechutes. La rechute est fatale. Elle se produit, en quelque sorte, d'une manière mathématique. La première ou la seconde ont lieu d'ailleurs à des époques plus ou moins éloignées. La période qui s'écoule entre elles est, par sa durée, en raison directe de la dose de sulfate de quinine employée pour couper le premier accès. Plus la dose a été forte, plus tardive sera la rechute.

Mais si la dose a été faible, de 1 gr ou de 0 gr. 5 seulement, par exemple, et sans qu'on puisse empêcher le retour du second accès, on peut dire que 90 ou 95 fois sur 100, sinon plus, la rechute se produira au sixième jour après le premier accès sur lequel a porté le sulfate de quinine Cette durée de la période intercalaire me semble exactement égale à la durée de l'incubation de la fièvre alluvionique.

La rechute est la même pour les types quotidien, tierce et quarte, les seuls que j'aie constatés depuis vingt ans que je suis en Algérie, où j'ai observé dans les conditions et les lieux les plus divers.

J'ai basé sur cette observation une méthode de traitement préventif des rechutes. Elle consiste à n'administrer le sulfate de quinine qu'en le faisant porter sur les jours de rechute certaine ou probable. La formule du traitement préventif est donc celle-ci :

$$1 + 5 + 1 + 5 + 1 + 5.. ,$$

le chiffre 1 représentant le jour sur lequel doit porter le sulfate de quinine, 5 la période intercalaire où le médicament est sans objet. En partant du commencement d'un mois de 31 jours, par exemple, on voit que les jours où il faut donner le médicament sont les 1, 7, 13, 19, 25, 31, ce que je traduis pour les malades en recommandant d'avancer chaque semaine d'un jour l'administration du sulfate de quinine.

J'estime qu'il est utile d'employer, au moins pour combattre les premiers accès et ceux des deux ou trois premières rechutes, de 2 gr. à 3 gr. de sulfate de quinine, en deux doses, à six ou huit heures d'intervalle, la seconde dose arrivant presque à l'affleurement du retour présumé de l'accès. J'ai même souvent employé des doses de 4 gr. sans constater d'accident. Elles ont l'avantage de mieux prévenir les rechutes. J'ai l'habitude de continuer la médication pendant un mois et demi, deux mois, sans autre adjuvant qu'un régime tonique, en diminuant les doses, mais sans les abaisser toutefois au-dessous de 1 gr. Je n'ai, pour ainsi dire, point vu de rechute après un mois et demi. Il n'existe pas, à ma connaissance, de transformation en fièvres dites *larvées*. Celles-ci sont d'un autre ordre et de causes très diverses. L'observation thermométrique est le criterium de l'alluvionisme, avec le sulfate de quinine comme pierre de touche dans les conditions indiquées.

Aucun autre médicament n'a eu jusqu'ici, à mes yeux, la valeur et l'efficacité du sulfate de quinine.

J'ai systématiquement renoncé depuis plus de seize ans au sulfate de quinine dans les fièvres dites *rémittentes*, qui me paraissent de nature typhoïdique atténuée. Les fièvres dites *pernicieuses* me semblent également d'une autre nature. Le sulfate de quinine se comporte d'une manière très inégale envers elles, tout en étant peut-être le meilleur médicament.

Les fièvres rémittentes et pernicieuses confèrent l'immunité à ceux qui en ont été atteints. La fièvre intermittente alluvionique ne paraît pas la conférer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Traitement du cancer du rectum par la voie sacrée. —

M. Reclus rapporte l'opération suivante qu'il a faite il y a un mois sur un homme robuste, porteur d'une tumeur située sur la face postérieure du rectum. Après résection du coccyx et d'une certaine quantité du sacrum il arriva sur la tumeur qu'il enleva et ne pouvant recoudre les deux lèvres de son incision à cause de la trop grande perte de substance faite par l'ablation du néoplasme, il enleva une virole d'une hauteur de 7 centimètres et accola son bout supérieur à son bout inférieur à l'aide de deux plans de sutures. Pour les mettre, il avait fendu ultérieurement le sphincter, qu'il put recoudre avec du catgut. La plaie superficielle fut presque complètement fermée sur un point destiné à faire soupape de décharge. Une canule en caoutchouc enrobée de tarlatane fut placée dans le rectum pour permettre l'évacuation des gaz et le malade est aujourd'hui guéri sans fistule. M. Reclus ne comprend pas qu'on mette en parallèle cette méthode et l'anus iliaque. Chacune de ses opérations a ses indications propres. Peut-être cependant pourrait-on dire qu'en France on enlève trop de rectum. Dans les grands délabrements la mortalité opératoire, d'après les huit observations du mémoire de Kraske, est de 8 0[0. Elle est la même d'après les observations apportées à la tribune de la Société de chirurgie dans la dernière séance. Il faut donc réserver l'opération par la voie sacrée aux cas qui n'ont pas de grandes adhérences et réserver pour ceux-ci l'anus iliaque.

M. Berger est bien de l'avis de M. Reclus; mais c'est le diagnostic de ces adhérences plus ou moins grandes qui est difficile à porter. Il a fait une opération de Kraske dernièrement chez un homme porteur d'un cancer annulaire haut situé, mais parfaitement mobile; mais la résection sacrée faite, il tomba sur des tissus infiltrés de néoplasme, qu'il mit très longtemps à séparer; pendant tout ce temps il tamponna cette cavité avec de la gaze iodoformée, fut obligé d'enlever tout le rectum presque jusqu'à toucher l'anus et eut grand' peine à terminer son opération. Son malade mourut le 3e jour d'intoxication par l'iodoforme. Comme on le voit, l'opération de Kraske peut être longue et difficile, même dangereuse et doit être réservée pour les cas graves où les dangers que fait courir le néoplasme sont, de leur côté, considérables.

M. Pozzi n'est point étonné des accidents causés par l'iodoforme chez le malade de M. Berger. Il fait souvent des tamponnements intra-péritonéaux avec la gaze iodoformée, mais a la précaution de la dépouiller à l'avance de l'excès d'iodoforme qu'elle contient. Il a fait dernièrement une opération de Kraske dans un cas où le néoplasme se compliquait d'accidents d'occlusion intestinale, mais dans le cours de l'opération il a trouvé le rectum accolé à l'S iliaque dans une même tumeur cancéreuse; il dut faire quatre sections intestinales et faire un anus artificiel sacré. Dans une autre circonstance il ferait un anus iliaque.

M. Richelot pense que la méthode de Kraske ne s'applique pas aux grands néoplasmes, mais aux petits cancers bien limités et situés très haut. On respecte ainsi la région sphinctérienne et on a de très beaux résultats. Il n'en a pas été de même pour les grands délabrements.

M. Terrier est de l'avis de M. Richelot, il faut que le cancer soit limité, haut situé, qu'il y ait au-dessous de lui une quantité assez grande de rectum non atteint, pour que l'opération de Kraske donne ce qu'elle doit donner et, ainsi comprise, c'est une excellente opération. Quant aux statistiques, elles ne peuvent encore être prises en considération. Les opérations sont peu nombreuses et pas comparables, les uns les ayant faites pour des cancers déjà très étendus, les autres pour de petites tumeurs situées très haut. Il ne faudrait pas croire que la conservation du sphincter suffise toujours pour empêcher l'incontinence. Il est des cas où les nerfs qui se rendent au rectum ont été sectionnés et où de ce chef, il est impossible au malade de retenir ses matières. Quant aux cas compliqués d'occlusion intestinale, il faut, sans hésiter, pratiquer l'anus iliaque.

M. Berger répond à M. Richelot, que le point difficile est justement de reconnaître la limitation de ces cancers situés très haut.

M. Richelot croit la chose possible dans bien des cas et cite l'exemple d'un homme à qui il a fait un Kraske, hier matin. Il s'agissait d'un cas type pour lui, c'est-à dire d'une tumeur petite et haut placée. Tout s'est bien passé, et ce matin, le malade allait très bien.

M. Reclus répond à M. Terrier qu'il s'est élevé lui-même contre les statistiques et qu'il a dit qu'il fallait réserver la voie sacrée pour les petites tumeurs et au contraire diriger l'anus iliaque contre les grands néoplasmes; car aujourd'hui, l'opération de Kraske dans ces cas est jugée en Allemagne par des chirurgiens tels que Kœnig, Madelung qui, après l'avoir beaucoup pratiquée, reviennent à l'anus iliaque.

M. Terrier pense que cette découverte, faite par les Allemands, n'est pas nouvelle, mais pour sa part, il s'élève contre l'anus contre nature qui est une infirmité dégoutante et qui sera toujours repoussée par certaines personnes au nombre desquelles il se place.

M. Tuffier lit un travail sur la fixation de la vessie à la paroi antérieure de l'abdomen ou **cystopexie**.

Mégalopodie. — M. Berger présente un petit malade atteint d'hypertrophie du pied et des orteils et même du squelette, chez lequel il a enlevé les deuxième et troisième métatarsiens ainsi que les doigts y attenant et chez lequel il a aussi enlevé la deuxième phalange du gros orteil hypertrophié. Le résultat est excellent. Il n'a pas voulu enlever un lipome qui se trouve à la face plantaire à cause de la cicatrice qui aurait pu s'ulcérer ultérieurement dans la marche.

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai. — Présidence de M. Dumontpallier

Du traitement et de la prophylaxie de la pleurésie purulente. — M. Laveran. Le traitement de la pleurésie purulente par les ponctions suivies d'injections antiseptiques n'est pas nouveau; il a été préconisé à plusieurs reprises, notamment par Aran dès 1853, et par Baëlz en 1880. Mais, après avoir été accueilli avec faveur, il a été complètement abandonné. Cette méthode est inefficace dans la plupart des cas de pleurésie purulente et particulièrement dans la pleurésie purulente à streptocoques. Les ponctions et les injections répétées deviennent même, parfois, la source de complications plus ou moins graves. Quelques gouttes de pus infiltrées dans le tissu conjonctif au moment où l'on retire le trocart peuvent donner naissance à des phleg-

mons de la paroi thoracique qui compliquent l'état des pleurétiques; les injections sont parfois suivies d'accidents nerveux graves ou même mortels : syncopes, mort subite, convulsions épileptiformes, etc. On n'arrive jamais à vider complètement la plèvre; et presque toujours le pus se reproduit, si bien qu'après avoir pratiqué de nombreuses ponctions on est amené à faire la thoracotomie et à la faire dans de mauvaises conditions.

La thoracotomie elle-même ne suffit pas toujours à évacuer tous les produits inflammatoires contenus dans la plèvre et beaucoup de chirurgiens estiment aujourd'hui qu'il est nécessaire de pratiquer la résection d'une côte afin de permettre de bien nettoyer la cavité et de placer des drains.

La première indication du traitement de la pleurésie purulente doit être de s'opposer à l'enkystement du poumon contre lequel il n'y a plus de remède lorsque les exsudats se sont transformés en une capsule fibreuse. Les ponctions répétées qui prolongent la durée de la maladie doivent donc être condamnées. La thoracotomie est indiquée dès que le diagnostic de pleurésie purulente a été bien établi, surtout s'il s'agit d'une pleurésie à streptocoques et d'une pleurésie occupant toute la cavité d'une plèvre.

Les liquides antiseptiques, injectés dans la plèvre, ne suffisent pas à détruire les streptocoques infiltrés dans les parois de l'abcès pleural et les streptocoques se montrent de nouveau dans le pus, quand l'action de l'antiseptique s'est épuisée.

Même dans la pleurésie à pneumocoques, lorsque l'épanchement est abondant et qu'il occupe toute la cavité d'une des plèvres, il y a lieu de pratiquer la thoracotomie si après la deuxième ou la troisième ponction le pus se reproduit.

Les vomiques, communes dans cette variété de pleurésie, amènent rapidement la guérison lorsqu'il s'agit de pleurésies partielles enkystées, mais elles ont de graves inconvénients et peuvent même entraîner la mort quand il s'agit d'épanchements très abondants.

Dans la pleurésie septique, il faut pratiquer la thoracotomie le plus tôt possible, quand l'état général le permet, et la faire suivre d'injections antiseptiques.

Dans la pleurésie tuberculeuse, la thoracotomie n'est contre-indiquée que lorsqu'il existe déjà des lésions avancées du côté des sommets.

Le traitement de la pleurésie purulente par les ponctions répétées suivies d'injections antiseptiques doit être réservé pour les pleurésies purulentes enkystées qu'il serait difficile de traiter par la thoracotomie.

M. Fernet a employé les injections au sublimé et au naphtol; ces deux antiseptiques présentent des inconvénients au point de vue du traitement des abcès pleuraux; ils en présenteraient surtout s'il s'agissait de collections purulentes volumineuses.

Le sublimé est très toxique et le médecin qui a introduit dans la plèvre d'un de ses malades une solution de sublimé, ne doit pas être très tranquille sur les suites de cette opération.

Ces solutions, même employées après la thoracotomie, peuvent produire des accidents d'intoxication. D'autre part, le sublimé qui n'est pas résorbé s'unit à l'albumine du pus pour former un composé insoluble, de sorte que si l'action antiseptique du sublimé est énergique, elle est très passagère.

M. Netter s'est servi de la solution de sublimé en injection dans la plèvre et il a cité une observation très remarquable dans laquelle cette injection a paru faire merveille; mais M. Netter a injecté la solution de sublimé après avoir pratiqué la thoracotomie et il a eu soin de faire suivre cette injection d'un lavage de la plèvre. Ce mode d'emploi du sublimé est évidemment bien moins dangereux que celui qui consisterait à injecter le sublimé dans la plèvre après une ponction simple.

Le naphtol a un autre inconvénient; il est insoluble dans l'eau et dans le pus, et lorsqu'on injecte dans la cavité d'un abcès pleural la solution alcoolique de Bouchard, le naphtol doit se précipiter très vite et former un magma insoluble.

Un certain nombre des pleurésies que j'ai eu à traiter et qui sont devenues purulentes ont coïncidé avec la présence dans le service d'un certain nombre d'érysipèles et de suppurations. Comme il s'agissait de pleurésies à streptocoques, j'ai pensé qu'il y avait un rapport de cause à effet entre ces érysipèles ou ces suppurations et le passage des pleurésies à la purulence. On peut admettre aussi la présence d'une auto-infection, puisque les microbes de la suppuration existent souvent dans la bouche ou dans l'arrière-bouche à l'état sain. Il est donc indiqué d'employer deux séries de mesures prophylactiques : 1° éloigner des pleurétiques les malades atteints d'érysipèle ou de suppuration quelconque; 2° détruire à l'aide de gargarismes antiseptiques les microbes pyogènes qui pourraient se trouver dans la bouche ou l'arrière-bouche.

Atrophie musculaire chez un hystérique. — M. Féréol. Voici l'observation résumée du malade que je présente à la Société : 32 ans; père mort tuberculeux, enfants morts de méningite tuberculeuse, tempérament très nerveux, ennuis de famille et d'argent, puis excès d'alcool et de coït. D'octobre 1887 à septembre 1888, attaques rappelant à la fois l'hystérie et l'épilepsie; puis vertiges, étourdissements, et enfin en mars dernier, perte notable de la force du bras droit. Actuellement chez ce malade, évidemment hystérique, diminution de la force dans les muscles de l'épaule, du bras et de l'avant-bras à droite et atrophie notable de ces muscles. De plus, le malade, lorsqu'il marche, est entraîné à droite. Il semble donc bien qu'il s'agisse ici d'une de ces atrophies hystériques que M. Féréol a signalées le premier en 1885.

De la cirrhose alcoolique hypertrophique. — MM. Gilbert et Hanot. D'après les auteurs, la cir-

rhose atrophique peut être précédée d'une phase hypertrophique ou « congestive », de plus ou moins longue durée, à caractères plus ou moins accentués. Cette phase passe généralement inaperçue. Pour nous, nous n'avons pas vu un foie, initialement hypertrophié sous l'influence de l'alcool, diminuer graduellement de volume et s'atrophier jusqu'à la mort. Le plus habituellement lorsque l'on constate ces symptômes que l'on dit être préatrophiques, nous avons vu par la suite le foie conserver ses dimensions exagérées ou bien se rétracter peu à peu, sans toutefois rétrocéder jamais en deçà de ses limites physioliques. C'est pour les faits de cet ordre que nous proposons la désignation de *cirrhose alcoolique hypertrophique*.

Cette cirrhose conserve longtemps des symptômes identiques à ceux de la cirrhose atrophique. On constate des troubles dyspeptiques, un changement de coloration de la face, des modifications physiques et chimiques de l'urine, la teinte jaunâtre des téguments, l'apparition de varicosités et de nævi vasculaires, des hémorrhagies par diverses voies et particulièrement les épistaxis, des gastrorrhagies, l'ascite, la dilatation des veines sous cutanées abdominales, les varices hémorrhoïdales, la splénomégalie, la diminution des forces et de l'embonpoint. Cependant la dilatation veineuse est assez souvent faible ou même nulle. Dans deux cas seulement nous l'avons vue présenter un développement véritablement inusité.

Lorsque le foie se présente avec une hypertrophie marquée, il offre à la palpation une consistance ferme, un rebord mousse et parfois une surface hérissée d'une ou plusieurs inégalités. C'est dans ces cas, le plus souvent, que l'on fait le diagnostic de congestion hépatique, d'hépatite graisseuse ou tout autre diagnostic erroné.

Le pronostic fait l'intérêt du type que nous étudions. Les auteurs s'accordent à dire que la cirrhose atrophique n'est pas fatalement mortelle à brève échéance, qu'au contraire l'atténuation de certains symptômes tels que l'ascite, prouve un arrêt fréquent dans la maladie qui, de la sorte, peut s'accommoder d'une survie plus ou moins longue.

Ces cas sont exceptionnels. Il n'en est pas de même dans la cirrhose alcoolique hypertrophique. Les deux tiers des cas de cirrhose terminés par amélioration ou guérison se rattachent à cette modalité anatomique.

La suppression de la cause initiale, l'alcool, un régime lacté sévère, l'usage des iodures, des mercuriaux, l'emploi des diurétiques, des purgatifs et au besoin de la ponction contre l'ascite, aboutissent à l'atténuation des principaux symptômes et à une amélioration de plus ou moins longue durée, parfois à la guérison.

On voit alors parallèlement l'hypertrophie du foie diminuer et l'organe revenir à ses dimensions normales. Dans ces cas il s'agit bien d'une guérison.

D'autres fois, la mort peut être la conséquence de la maladie; elle se produit alors comme dans le cas de cirrhose atrophique.

A l'autopsie, le foie atteint le poids de 2 kilog., 2 kilog. 500 ou même 3 kilog. Les bords sont moins tranchants qu'à l'état normal; la couleur est gris jaunâtre ou jaune rosée ; la surface est hérissée de saillies parfois notables, habituellement petites. Le parenchyme hépatique est d'une consistance plus ferme et crie sous le scalpel ; sur une surface de section, il se montre divisé en granulations jaunâtres, par des anneaux fibreux rosés.

L'hypertrophie de la rate peut atteindre 500 grammes et même plus. Les veines portes accessoires sont anormalement développées. Le péritoine contient une plus ou moins grande quantité de liquide.

A l'examen microscopique, on trouve le parenchyme segmenté par des anneaux de tissu conjonctif. Ces anneaux contiennent les espaces portes et la majorité des veines sus-hépatiques. Ils sont constitués par du tissu fibreux avec des cellules rondes et sont creusés d'angiectasies capillaires avec quelques néo-canalicules biliaires.

Comme la cirrhose alcoolique atrophique, l'hypertrophique est une sclérose annulaire et une sclérose périveineuse. La différence de ces deux cirrhoses ne peut donc être cherchée dans leur évolution anatomique. L'alcool peut faire aussi bien de la cirrhose atrophique que de l'hypertrophique. La différence doit résider dans l'étendue, la structure du tissu fibreux dans le mode de réaction de la cellule hépatique, etc.

Il nous suffit pour aujourd'hui de signaler ce fait, que le foie, sous l'influence de l'alcool, peut s'hypertrophier dès l'origine et demeurer hypertrophié, et que ce processus pathologique comporte un pronostic tout différent de celui de la cirrhose atrophique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE
ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

Séance du 28 *mai* 1890. — *Présidence de* M. Lagneau.

M. Bechmann, répondant à une communication de M. Livache, faite au mois de mars 1890, sur les variations de composition de l'eau, dans les divers points de canalisation à Paris, s'efforce de démontrer que le service des eaux est aussi bien fait que possible ; d'ailleurs la distribution de l'eau ne regarde pas la Compagnie des Eaux, mais bien le service municipal qui n'a aucun intérêt à livrer à la population de l'eau de mauvaise qualité.

M. Livache répond et montre qu'il ne s'agit pas d'un fait isolé, mais que ces variations de composition de l'eau ont été constatées à plusieurs reprises sur plusieurs points de Paris. Il y a mélange des eaux, le fait est certain.

M. Bechmann ignore comment peut se faire ce mélange; il en recherchera les causes.

M. Bouloumié lit une note sur les postes de secours de l'Union des femmes de France, pendant l'épidémie de grippe, leur organisation, les services qu'ils ont rendus.

M. Grancher commence une étude sur les voies de contagion de la rougeole qu'il continuera dans la prochaine séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e ARRONDISSEMENT

Séance de février 1890. — *Présidence de* MM. FERRAND ET BERGER.

M. FERRAND prononce l'allocution suivante :

Chers confrères,

Vous avez bien voulu m'appeler à ce fauteuil pour présider aux destinées naissantes de notre Société du VII^e arrondissement ; permettez qu'avant d'en descendre je me félicite avec vous de ce que notre jeune Société a déjà fait ses preuves et affirmé fort honorablement sa vitalité.

Notre zélé secrétaire général, ayant bien voulu se charger de vous présenter un rapport résumé de nos travaux, va vous donner, en vous le lisant, la meilleure preuve de ce que je viens d'avancer.

Laissez-moi, pour ma part, vous remercier encore et de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos séances, et aussi du concours vraiment confraternel que tous ont bien voulu apporter à l'œuvre commune.

Cette entente cordiale se continuera, j'en ai la pleine confiance, car bien que composée d'éléments divers, et de ceux dont les nouvelles découvertes enflamment l'enthousiasme, et de ceux dont la tradition inspire la prudence, notre Société nous trouve unis sur le champ où nous attirent tous ensemble l'amour de notre science et l'honneur de notre profession.

M. Ferrand appelle à la présidence M. BERGER. Celui-ci remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présider, il espère que les progrès qui ont été accomplis ne feront qu'aller en augmentant. Il propose à la Société de remercier M. Ferrand de la sollicitude avec laquelle il a présidé aux destinées naissantes de la Société.

M. COUDRAY fait un rapport sur la gestion financière du trésorier. Il propose à la Société d'approuver les comptes et d'adresser des remerciements à M. de Crésantignes.

M. TOLEDANO lit un rapport sur les travaux de la Société depuis sa fondation (sera publié).

M. LE BEC donne lecture d'un travail qui sera publié.

M. POLAILLON. Les cas de salpyngites peuvent être divisés en deux catégories. Quand la tumeur est saillante dans le cul-de-sac et qu'elle est fixée par de fortes adhérences, la laparotomie serait difficile et dangereuse et dans ces cas on a recours au procédé de Récamier et de Laroyenne. Mais ce n'est là qu'un pis aller, car, si la poche purulente est guérie, il reste les ovaires qui sont le plus souvent malades : ces organes malades prédisposant aux pelvipéritonites à répétition, il en résulte que le soulagement est momentané. Il est des cas de salpyngite qui relèvent uniquement de la laparotomie : quand il n'y a pas d'adhérences dans le cul-de-sac, que la trompe et l'ovaire sont remontés dans le grand bassin. Dans ce cas, même si on sent la tumeur par le vagin, la ponction serait dangereuse. Donc, suivant les cas, deux indications distinctes : si la poche purulente adhère aux culs de-sac avec fluctuation très nette ce serait folie de faire la laparotomie qui forcément serait une opération incomplète. Il ne faut pas d'ailleurs oublier qu'il est des cas où la guérison spontanée est possible sans opération après un traitement très long, il est vrai.

M. POTHERAT a vu, dans le service de M. Trélat, obtenir la guérison de salpyngites à la suite du curettage de l'utérus pratiqué pour une endométrite concommittante. Il pense donc qu'il serait bon de recourir à ce procédé avant de faire la laparotomie.

M. BERRUT craint qu'on ne se laisse entraîner par le désir d'opérer et que, à raison de la bénignité relative des opérations abdominales, on néglige de poser un diagnostic étudié

M. POLAILLON est de l'avis de M. Berrut. Pour justifier l'opération, il faut que le toucher et le palper révèlent, à la place de l'ovaire et de la trompe, un magma du volume d'une orange, très douloureux et continuellement douloureux.

M. BERGER admet aussi que l'on puisse se laisser entraîner par le désir d'opérer. Quant a établir un diagnostic précis c'est souvent bien difficile. Y a-t-il hydro ou pyo-salpyngite : il est parfois impossible de préciser, mais ce que l'on constate, c'est une tumeur abdominale avec un cortège de phénomènes douloureux et une incapacité fonctionnelle qui justifient l'intervention.

Quant au curettage proposé par M. Potherat, M. Berger croit qu'il agit comme procédé de dilatation et non par action spéciale.

Quel est maintenant le mode d'intervention? Si le toucher vaginal ne donne qu'une fluctuation vague ou nulle, la laparotomie est seule indiquée. Même dans les cas ou la fluctuation vaginale est très nette, M. Berger n'est pas partisan de la ponction vaginale à laquelle il trouve deux inconvénients. D'abord l'hémorrhagie qui exige un tamponnement, d'où impossibilité d'assurer l'asepsie de la poche. De plus, même avec une large incision et malgré le drainage, l'évacuation des liquides est difficile. En somme, c'est aux yeux de M. Berger une méthode de nécessité a laquelle on ne doit recourir que si on a la main forcée.

M. LE BEC répond qu'il ne faut jamais ponctionner une tumeur difficilement accessible, mais lorsque la tumeur est bien sous le doigt, la ponction n'offre aucun danger, il a hésité longtemps, mais encouragé par les travaux de Laroyenne, il a suivi son exemple et s'en est bien trouvé. M. Le Bec ne croit pas que l'ovaire soit toujours aussi malade que l'admet M. Polaillon, en tout cas, il est possible qu'une fois la salpyngite guérie, les lésions de l'ovaire cèdent à un traitement médical. M. Le Bec n'a jamais constaté ni l'hémorrhagie, ni la difficulté de drainage que redoute M. Berger; au contraire, il a été étonné de la rapidité des résultats obtenus.

M. FERRAND insiste sur la relation physiologique et pathologique entre l'utérus et les ovaires, relation qu'il

maintes fois constatée. Il pense donc que le curettage préconisé par M. Potherat a peut être une action directe autre que celle de la simple dilatation.

M. Polaillon insiste à nouveau sur le danger qu'il y a à laisser l'ovaire après l'ablation de la trompe, car, même s'il est sain, il pense avec M. Berrut que son fonctionnement à la période menstruelle sera anormal et pourra devenir une source de congestion et d'hémorrhagie.

M. Ferrand croit au contraire avec M. Le Bec qu'il y a intérêt à conserver l'ovaire toutes les fois que c'est possible. A ses yeux, la femme privée de ses ovaires est en état d'infériorité non seulement au point de vue génésique, mais encore au point de vue du caractère.

La Séance est levée à 10 h. 1/4.

Les Secrétaires des séances.

Ch. Tisné, E. Potherat.

MEMENTO PRATIQUE

Les crayons plastiques médicamenteux à base de savon, par M. A. Jacques Garesnier, interne en pharmacie des hôpitaux de Paris. — Ayant eu à préparer récemment, dans le service de clinique de M. le professeur Tarnier, des crayons plastiques médicamenteux à base de savon je me suis heurté à certaines difficultés qui m'ont engagé à faire connaître le procédé auquel je me suis enfin arrêté, et qui m'a donné d'excellents résultats.

La formule donnée était la suivante:

Pr. { Sulfate de cuivre pur . . . 1 partie.
{ Savon blanc de Marseille . 30 parties.

F. s. a. des crayons plastiques de 12 centimètres de longueur et de 3 à 4 millimètres de diamètre

Modus operandi. — Pulvériser très finement le sulfate de cuivre, dans un mortier de porcelaine chauffé, puis triturer en ajoutant:

Pr. { Glycérine pure à 30°. . . 30 gouttes.
{ Huile de ricin. . . . . 10 gouttes.

Ajouter ensuite le savon, préalablement râpé et mélanger exactement. — Introduire la pâte molle ainsi obtenue dans un vase à précipités, et porter au bain-marie, à la température de 100°, de manière à obtenir une masse semi-fluide. — Aspirer cette masse dans des tubes de terre de diamètre convenable, la comprimer pour assurer sa complète homogénéité à l'aide d'un mandrin (un fil de fer assez gros et rigide, terminé par un tampon de ouate, peut remplir le but). — Laisser refroidir, pousser ensuite les crayons au dehors, les recueillir sur une feuille de papier buvard, les couper à la longueur voulue, et les conserver dans un flacon bouché.

J'ai pu préparer facilement, en opérant de la même manière, des crayons à la créosote, répondant à la formule suivante·

Pr. { Créosote de goudron de hêtre. 1 partie.
{ Savon blanc de Marseille. . . 4 parties.

Il est tout aussi facile de préparer des crayons à l'iodure de potassium, à l'acide phénique et autres substances actives.

En terminant, je crois devoir faire remarquer que, dans les crayons de sulfate de cuivre ainsi préparés, le cuivre n'existe plus complètement à l'état de sulfate ; pendant la durée de l'opération, il s'est produit entre le sulfate de cuivre, l'acide oléique et les acides gras qui se trouvent à l'état de sels alcalins dans le savon employé, une double décomposition partielle, avec formation de sulfate de soude, par exemple, tandis qu'une partie du cuivre est passée à l'état d'oléate, de stéarate et de palmitate de cuivre ; il est même probable que cette transformation se poursuit lentement au sein des crayons préparés.

(*Journ. de pharm. et de chimie.*)

Pilules d'iodoforme contre les hemoptisies. — MM. Chauvin et Jorissenne.

Iodoforme. . . . . 0 gr. 05
Extrait de gentiane. . . . . Q. S.

Pour une pilule (on peut, si l'addition paraît utile, ajouter à chaque pilule 10 centigrammes de tanin).

A prendre: 3 à 5 pilules dans les vingt-quatre heures.

D'après les auteurs, l'iodoforme donne des résultats très satisfaisants ; il a même réussi dans des cas où l'ergotine avait été administrée sans succès. Ajoutons que les pilules d'iodoforme ne fatiguent jamais l'estomac.

Il va sans dire que l'emploi de cette médication n'empêche pas d'avoir recours en même temps aux révulsifs.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Concours du Prosectorat. — Le jury se compose de MM. les professeurs Farabeuf, Richet, Le Fort, Lannelongue et Mathias Duval ; juges suppléants : MM. Duplay et Guyon. La première épreuve (écrit) est reculée au lundi 2 juin, à midi et demi.

Concours de l'adjuvat. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Guillemain, Jacob, Arrou, Lafourcade et Blaise.

Concours : 1° Pour le clinicat médical ; 2° Pour le clinicat des maladies des enfants ; 3° Pour le clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de Chef de clinique médicale, de Chefs de clinique des maladies des enfants et de Chef de clinique obstétricale, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 23 juin 1890, à 9 heures du matin. Il sera pourvu : 1° *Pour le clinicat médical* : A la nomination d'un Chef de clinique titulaire ; 2° *Pour le clinicat des maladies des enfants* : A la nomination d'un Chef de clinique titulaire et d'un Chef de clinique adjoint ; 3° *Pour le clinicat obstétrical* : A la nomination d'un Chef

de clinique titulaire. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 15 juin 1890. — (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. — Sont admis à concourir : 1° *Pour le clinicat médical et le clinicat des maladies des enfants*, tous les docteurs en médecine n'ayant pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours ; 2° *Pour le clinicat obstétrical*, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de Chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Bergonié, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castan, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

Ecole de médecine de Tours. — Par arrêté ministériel, en date du 23 mai 1890, un concours s'ouvrira le 1er décembre 1890, à l'Ecole préparatoire de médecine de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Distinctions universitaires. — Officiers d'Académie. — Dans un voyage qu'il a fait lundi dernier à Fontenay-le-Comte, M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, a remis les palmes académiques à M. le Dr Chaigneau.

Missions. — M. le docteur Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine, est chargé d'une mission en Suisse et en Allemagne à l'effet d'y étudier l'organisation de l'enseignement chirurgical.

M. le Dr Teissier, médecin des hôpitaux, est chargé d'une mission en Russie à l'effet d'y étudier les causes de l'influenza.

M. le Dr Delvaille est chargé d'une mission en Espagne pour y étudier les questions relatives aux exercices physiques, aux jeux et à l'hygiène scolaires.

M. le Dr J. Jullien est chargé d'une mission en Australie, dans la Tasmanie et la Nouvelle-Zélande, à l'effet d'y poursuivre ses recherches de zoologie relatives à la classification et à l'anatomie de l'ordre des bryozoaires.

Les médecins militaires au Congrès de Berlin. — Nous avons déjà annoncé que M. le Ministre de la guerre se proposait d'envoyer un certain nombre de délégués au Congrès international de Berlin.

Voici quels sont ces délégués : 1° M. Kelch, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire ; 2° M. Régnier, médecin principal de 2e classe, chef de l'hôpital militaire de Nancy ; 3° M. Schneider, médecin-major de 2e classe, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre ; 4° M. Nimier, médecin-major de 2e classe, professeur agrégé à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

La *Gazette de l'Allemagne du Nord* donne aux délégués français l'assurance qu'ils seront reçus à Berlin de la manière la plus cordiale.

Concours pour l'éloge de Bouisson. — Deux prix avaient été institués par Mme Ve Bouisson, ayant pour objet une étude *Sur la vie et les œuvres de Bouisson*, ancien professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Jeudi dernier, après avoir inauguré la statue de ce bienfaiteur de l'Université de Montpellier et retracé à grands traits la vie scientifique du défunt, M. le recteur a chargé M. l'agrégé Tedenat de donner le résultat du concours ouvert devant la Faculté de médecine.

Le premier prix (6,000 fr.) a été décerné à M. le docteur Bouillet (de Béziers) ; le second (4,000 fr.), à MM. les docteurs Blaise et Boinet, agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'hypnotisme en Belgique. — Conformément aux résolutions prises par l'Académie de médecine de Bruxelles, après une longue discussion sur les dangers des séances publiques d'hypnotisme, le gouvernement belge vient d'élaborer un projet de loi interdisant ces séances et édictant des peines d'amende et d'emprisonnement contre les individus qui, en dehors de l'exercice légal de l'art de guérir, hypnotiseraient des personnes âgées de moins de dix-huit ans ou des personnes en démence.

Nécrologie. — Le Dr Chapus, de Sisteron (Basses-Alpes), reçu en 1848. — Le Dr Renard (Gilbert) de Paris. — Le Dr Noulet, professeur honoraire à l'école de médecine de Toulouse, reçu en 1832.

Bulletin de la mortalité *du* 18 *au* 24. *mai* 1890. — Fièvre typhoïde, 12. — Variole, 7. — Rougeole, 28. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, Croup, 41. — Phthisie pulmonaire, 206. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses 43. et autres, 9.

Méningite, 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 43. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 53.

Bronchite aiguë 31, chronique, 35 . — Broncho-pneumonie 19 pneumonie, 59.

Gastro-entérite : Sein, 17 biberon 46

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 5.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 25. — Sénilité, 24. — Suicides 17 autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 166. — Causes inconnues, 8.

Nombre absolu de la semaine : 1023. — Résultat de la semaine précédente : 999.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation, etc

MAGNÉSIE ROY, sel de magnésie alcalin soluble.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.